



**Centro Universitário de Brasília
Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento - ICPD**

SELME CRISTINE VIEIRA DE ARAÚJO

**ADOLESCÊNCIA, SÍNDROME DE *DOWN* E SINTOMAS PSICÓTICOS
A PARTIR DA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA: RELATO DE UM
CASO**

Brasília
2017

SELME CRISTINE VIEIRA DE ARAÚJO

**ADOLESCÊNCIA, SÍNDROME DE *DOWN* E SINTOMAS PSICÓTICOS
A PARTIR DA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA: RELATO DE UM
CASO**

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD) como pré-requisito para obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Profa. Dra. Livia Milhomem
Januário

Brasília
2017

SELME CRISTINE VIEIRA DE ARAÚJO

**ADOLESCÊNCIA, SÍNDROME DE *DOWN* E SINTOMAS PSICÓTICOS
A PARTIR DA PERSPECTIVA WINNICOTTIANA: RELATO DE UM
CASO**

Trabalho apresentado ao Centro
Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD)
como pré-requisito para a obtenção de
Certificado de Conclusão de Curso de
Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria
Psicanalítica.

Orientadora: Profa. Dra. Lívia Milhomem
Januário

Brasília, 16 de agosto de 2017.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Dione de Medeiros Lula Zavaroni

Prof. Dr. Gilson Ciarallo

Aos pacientes, por dividirem comigo as suas histórias de vida e por despertarem em mim o prazer da busca por uma evolução contínua como pessoa e como profissional.

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo, Antônio Maria Henri Beyle de Araújo, pelo apoio e incentivo e pela paciência em me esperar após horas de estudos e atendimentos aos meus pacientes.

Ao meu filho, Tomás Vieira de Araújo, por ter vivido comigo a mais sublime experiência que já tive, que foi a relação mãe-bebê, e pelas nossas caminhadas diárias, com os encontros e desencontros frutos do grande desafio de ser mãe e filho.

Aos meus pugs, Tobias e Amora, por me fazerem companhia nos meus momentos de estudo. Estão sempre deitados na cadeira ao lado da minha durante todo o meu tempo de estudo.

Ao Anankê – Centro de Atenção à Saúde Mental, por me proporcionar aprendizado, além de uma rica experiência na minha prática clínica.

Ao sujeito deste meu estudo de caso, que me trouxe uma experiência de trabalho clínico tão instigante que me conduziu a me debruçar nos estudos e na escrita deste trabalho.

À minha orientadora, Lívia Milhomem Januário, pela orientação instigante, pelo prazer do encontro e pela oportunidade de aprofundar o meu conhecimento em relação à Teoria do Winnicott.

O primeiro espelho da criatura humana é o rosto da mãe: a sua expressão, o seu olhar, a sua voz. [...] É como se o bebê pensasse: olho e sou visto, logo existo.

Winnicott

RESUMO

A adolescência é um processo de reedição da infância, no qual está presente a revivescência de experiências primárias da relação mãe-bebê. O objetivo deste trabalho foi discutir o aparecimento de sintomas psicóticos na adolescência, tendo por base, principalmente, os pressupostos Winnicottianos. Para tanto, buscou-se investigar a presença de sintomas psicóticos em uma adolescente e conhecer a qualidade de suas relações parentais. Foi utilizado o método de pesquisa clínico-qualitativo, com estudo de caso de uma adolescente portadora de síndrome de *Down* de 20 anos, privilegiando a escuta clínica e a análise de prontuário. Além da introdução e da conclusão, o trabalho apresenta três capítulos, que tratam da adolescência e da síndrome de *Down*, da psicanálise de Winnicott e de contribuições para a clínica psicanalítica. O estudo concluiu, entre outros aspectos, que o prognóstico da adolescente não foi favorável, corroborando com a Teoria do Amadurecimento de Winnicott, especialmente quanto à falha verificada na relação mãe-bebê, que pode ocasionar algumas patologias mentais, tornando penoso o caminhar da criança rumo ao processo separação-individuação.

Palavras-chave: Adolescência. Síndrome de *Down*. Psicose. Winnicott.

ABSTRACT

Adolescence is a process of childhood reprint, in which the revival of primary experiences of the mother-baby relationship is present. The objective of this study was to discuss the appearance of psychotic symptoms in adolescence, mainly based on the Winnicottian assumptions. Therefore, we sought to investigate the presence of psychotic symptoms in an adolescent and to know the quality of their parental relationships. The clinical-qualitative research method was used, with a case study of an adolescent girl with Down syndrome of 20 years, privileging clinical listening and medical reports analysis. In addition to the introduction and the conclusion, the paper presents three chapters dealing with adolescence and Down syndrome, Winnicott psychoanalysis and contributions to the psychoanalytic clinic. The study concluded, among other aspects, that the prognosis of the subject of the adolescent girl was not favorable, corroborating Winnicott's Theory of Maturity, especially regarding the failure in the mother-baby relationship, which may lead to some mental pathologies, making it difficult for the child to walk towards the separation-individuation process.

Key words: Adolescence. Down's syndrome. Psychosis. Winnicott.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1 ADOLESCÊNCIA E SÍNDROME DE <i>DOWN</i>	13
1.1 Ser ou não ser: a dúvida que habita o adolescente	13
1.2 Síndrome de <i>Down</i> : um problema ou um desafio para a descoberta de potencialidades?	17
2 A PSICANÁLISE DE WINNICOTT	20
2.1 Tornar-se sujeito: o amadurecer na visão de Winnicott	20
2.1.1 <i>A mãe suficientemente boa e a preocupação materna primária</i>	22
2.1.2 <i>Da dependência à independência emocional</i>	25
2.1.3 <i>Integração, personalização e relação com os objetos</i>	26
2.2 Um ambiente falho deixa suas marcas.....	28
2.3 Parte de mim é todo mundo, outra parte é estranheza e solidão ..	31
2.4 O lugar do analista	34
3 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA	36
3.1 Apresentação do caso clínico: Angel: um anjo encarnado?	36
3.2 Reflexões sobre o caso clínico	38
CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS.....	44

INTRODUÇÃO

Neste estudo, pretende-se discutir o aparecimento de sintomas psicóticos na adolescência, com apoio, principalmente, nos pressupostos Winnicottianos. Para tanto, busca-se investigar a presença de sintomas psicóticos em uma adolescente e conhecer a qualidade de suas relações parentais. Foi utilizado o método de pesquisa clínico-qualitativo, com relato de caso de uma adolescente de 20 anos, portadora de Síndrome de *Down*, a qual é referenciada neste trabalho pelo nome fictício de Angel. Ressalte-se que, para a psicanálise, o que interessa é o tempo subjetivo, talvez a-cronológico se pensarmos o inconsciente como atemporal. Nesse sentido, Angel apesar de ter 20 anos de idade cronológica, comporta-se como uma adolescente infantilizada.

Poucos estudos têm se ocupado de avaliar se os sintomas psicóticos passíveis de surgir na fase de adolescência se revelam da mesma forma no portador da síndrome de *Down*, corroborando com a Teoria do Amadurecimento de Winnicott. A proposta deste estudo é trazer elementos que possam contribuir para uma maior discussão sobre o surgimento de sintomas psicóticos em adolescentes com síndrome de *Down*.

Compreende-se que este estudo pode contribuir para o trabalho clínico com adolescentes, uma vez que busca ampliar o entendimento do funcionamento e da sintomatologia psicótica na adolescência, convocando os profissionais da saúde a pensarem o lugar que ocupam na relação terapêutica.

Nesse sentido, a pergunta que se pretende responder com esta pesquisa é a seguinte: com base nos pressupostos Winnicottianos, o que contribui para o aparecimento de sintomas psicóticos na adolescência, tendo por objeto de estudo um sujeito portador da síndrome de *Down*?

A área de interesse desta monografia é a psicanálise, mais especificamente a teoria winnicottiana. A ideia do tema veio do meu interesse pela psicanálise e pela teoria winnicottiana, que surgiu durante os atendimentos a adolescentes da Clínica Escola da Universidade Católica de Brasília – UCB. Na época, chegavam a mim alguns adolescentes com sintomas psicóticos e foi justamente por meio da Teoria Winnicottiana que consegui ter uma melhor

compreensão desses casos e nela encontrei os melhores ensinamentos para o manejo clínico desses sujeitos.

Ao cursar a disciplina Estágio Supervisionado em Adolescentes, conheci a professora Maristela Gusmão, que me inseriu no atendimento a adolescentes e me apresentou a teoria de Winnicott.

O estudo da teoria de Winnicott despertou-me o interesse em estudar Freud, Bion, Ferenczi, Klein e Bowlby. Depois me dediquei também ao estudo dos psicanalistas contemporâneos: Masud Khan, Cristopher Bollas, André Green, Tales Ab'Sáber, Gilberto Safrá, Sueli Hisada, Afrânio Ferreira, David Levisky e outros mais, mas sempre fazendo uma correlação destes com o pensamento de Winnicott.

Em seguida, dediquei-me durante dois anos ao Curso Psicanálise de Winnicott, participei de um Grupo de Estudos sobre Winnicott e fiz a Formação em Saúde Mental do Anankê – Centro de Atenção à Saúde Mental.

Constatei que compreender o fenômeno que provoca o surgimento de sintomas psicóticos na adolescência e refletir sobre o manejo clínico do adolescente que se vê diante de tais sintomas são aspectos fundamentais para se pensar o papel do analista nessa relação terapêutica.

Espera-se que este estudo possa contribuir para o trabalho clínico com adolescentes com sintomas psicóticos, portadores da síndrome de *Down*, uma vez que busca ampliar o entendimento do funcionamento e da sintomatologia psicótica na adolescência desses indivíduos, convocando os profissionais da saúde a pensarem o lugar que ocupam na relação terapêutica.

O objetivo geral deste trabalho é, portanto, discutir o aparecimento de sintomas psicóticos em uma adolescente portadora de síndrome de *Down*, à luz dos pressupostos teóricos Winnicottianos.

Os objetivos específicos da pesquisa são os seguintes:

- Investigar a presença de sintomas psicóticos em uma adolescente portadora da síndrome de *Down*.
- Conhecer a qualidade das relações parentais de uma adolescente com sintomas psicóticos, portadora da síndrome de *Down*.

- Apresentar os principais conceitos da teoria de Winnicott que contribuem para pensar o caso clínico em questão.

Foi utilizado o método de pesquisa clínico-qualitativo, com estudo de caso de uma adolescente de 20 anos, portadora de Síndrome de *Down*, chamada Angel. A pesquisa clínico-qualitativa tem a particularidade e refinamento, para fins metodológicos, um espaço físico-estrutural, cotidiano, da prestação de serviços clínicos, constituindo-se nos settings de saúde; espaço no qual as pessoas que estão sendo atendidas estão envolvidas em seus processos clínicos, preventivos e/ou terapêuticos (TURATO, 2003). A adolescente em questão foi, portanto, acolhida em um contexto clínico psicoterápico que valorizou a existência das suas angústias e ansiedades, sendo esse um elemento essencial para essa modalidade de pesquisa (TURATO, 2003).

O acompanhamento psicoterápico de Angel ocorreu no Centro de Convivência (C.C.) de um hospital-dia, com periodicidade semanal, exclusivamente no período matutino. A mãe comparecia a reuniões esporádicas sempre que solicitada, porém não participou do Grupo dos Familiares. Os atendimentos foram conduzidos com referencial psicanalítico. Para a construção das informações sobre a paciente, foram utilizadas a escuta clínica e a análise de prontuário como instrumentos.

Uma das estratégias alternativas da investigação de uma pesquisa qualitativa é o Estudo de Caso, cuja principal preocupação é compreender uma instância singular, onde o objeto estudado é tratado como único, uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada.

Andrade (2008) afirma que o método “estudo de caso” busca compreender uma situação, identificando-a e analisando-a de forma que possa descrever e discutir a complexidade do caso, construindo uma teoria para explicá-lo. O estudo de caso possibilita o contato com a realidade social do indivíduo.

Segundo Goldenberg (1997), o termo “estudo de caso” é oriundo de uma tradição de pesquisas médicas e psicológicas, representando uma análise detalhada de um caso individual com o objetivo de buscar explicação para a dinâmica e a patologia de uma determinada doença. O referido método pressupõe que é possível se adquirir conhecimento acerca do fenômeno estudado a partir da intensa

exploração de um único caso, por meio da reunião do maior número possível de informações detalhadas. A partir da utilização de diferentes técnicas de pesquisa, o objetivo é apreender a totalidade de uma situação, descrevendo a complexidade de um caso concreto.

O presente trabalho foi estruturado da seguinte forma: após esta introdução, um capítulo abordando a adolescência e a síndrome de *Down*; em seguida, um capítulo tratando da psicanálise de Winnicott; logo após, um capítulo contemplando a apresentação de um caso clínico e as reflexões dele decorrentes. Por fim, apresenta-se a conclusão do estudo.

1 ADOLESCÊNCIA E SÍNDROME DE *DOWN*

1.1 Ser ou não ser: a dúvida que habita o adolescente

A adolescência configura-se como um momento essencial para a constituição identitária e impõe um conjunto de transformações biológicas, sociais e subjetivas. O sujeito, rumo às ressignificações necessárias para o crescimento, “necessita reeditar sentimentos e vínculos primários em relação às figuras parentais, revisando seus objetos internos e sua identidade” (JORDÃO, 2006, p. 157).

Para estabelecer uma relação verdadeira consigo mesmo, com o mundo ao seu redor e com as outras pessoas, o adolescente precisa definir sua própria identidade. Trata-se, portanto, de um intenso trabalho psíquico na busca de si mesmo. Nesta busca o sujeito é comparado a uma criança que luta por sua instalação no mundo, oscilando entre a dependência infantil e maturidade adulta, indo e voltando, diversas vezes, nesse processo de ser na vida. (FROTA, 2006).

Winnicott (1983) sugere que nestas idas e vindas da dependência à independência, o ambiente facilitador é inquestionavelmente importante. Esse ambiente se define como aquele que vai progressivamente se ajustando às necessidades individuais da criança e deixando-a ser o que é. A importância da mãe suficientemente boa, somando-se à do pai, à do grupo familiar e à do grupo social mais amplo são fatores essenciais na construção identitária do adolescente.

Nesse sentido, um diagnóstico apressado em qualquer etapa da vida é delicado, podendo ser especialmente perigoso na adolescência, uma vez que esse período, por definição, é de remanejamentos pulsionais e defensivos. Segundo Hocini (2008), esses remanejamentos podem aparentar, dentre outras, formas de movimentações psicóticas. Diante do exposto, a decisão de qual modalidade terapêutica a ser utilizada com os adolescentes deve se basear, antes de tudo, na avaliação do funcionamento psíquico do sujeito, mais do que nas manifestações sintomáticas (EMAMNUELI, 2008).

Com isso, destaca-se a necessidade de um diálogo interdisciplinar sobre o adoecimento psíquico na adolescência, entendendo que o tratamento deve

contemplar as características inerentes a essa fase de vida. Isso implica questionamentos sobre a utilização, por vezes precoce, de psicofármacos em crianças/adolescentes, fato que costuma ocorrer sem o diagnóstico clínico adequado e sem considerar o próprio processo do desenvolvimento infanto-juvenil.

Existem alguns aspectos que caracterizam a adolescência como um estágio diferenciado de amadurecimento. Primeiro, a instauração das pulsões parciais à sexualidade genital faz surgir um poder que pertencia à fantasia e que agora pode se tornar uma realidade. Segundo, aparecem as angústias vividas, que nesse instante vêm repetir as angústias dos estágios precoces, parecendo inaugurar uma nova subjetividade. No entanto, apenas quem teve um nascimento psíquico anterior pode, na adolescência, viver um novo nascimento, uma reinstalação do si mesmo (WINNICOTT, 1994a apud FROTA, 2006).

A adolescência é considerada uma situação fronteiriça, pois se trata de uma experiência permeada de questões psíquicas, limites internos e externos, e uma complexa relação entre corpo e psiquismo e entre o eu e o outro (CARDOSO, 2011). Esse período constitui-se em uma vivência fundamental na constituição identitária permeada por mudanças, modelamentos subjetivos, ressignificações. O adolescente necessita reeditar sentimentos e vínculos primários em relação às figuras parentais, revisando seus objetos internos e sua identidade. Os sofrimentos advindos desse período decorrem da própria condição de maturação dos sujeitos quando convocados a lidar com as mudanças que a puberdade provoca, tornando-os vulneráveis emocionalmente, suscetíveis a sentimentos de vazio, desamparo e despersonalização (JORDÃO, 2006).

Na adolescência, o sujeito trabalha no sentido de integrar as transformações ocorridas na puberdade, sendo, portanto, um tempo de organização psíquica. Esse trabalho impele o sujeito em direção a novos objetos e a interesses diversos. “Em seu término essa evolução deve permitir que o jovem se inscreva de maneira autônoma, a partir de um trabalho de separação dos objetos parentais, numa atividade investida por ele próprio e na escolha de um objeto de amor” (EMMANUELI, 2008, p. 17).

Espera-se, portanto, que os adolescentes renunciem aos laços infantis, com imagos interiorizados dos pais. O problema relacionado a essas separações e modificações são a perda e a renúncia em diversos planos: narcísico e objetal; na

realidade e no psiquismo; perda do corpo da infância; de suas referências e de sua quietude; e perda da estabilidade da imagem do corpo; perda da ilusão de completude bissexual, e do sentido de onipotência que acompanha; renúncia ao laço estabelecido com os pais da infância e à segurança que esse laço proporciona; renúncia às imagens parentais infantis (EMMANUELI, 2008, p. 22-23). Esse conjunto de transformações exige do psiquismo, um trabalho de elaboração.

Emmanueli (2008) afirma que a adolescência é um tempo em que o narcisismo é intensamente exigido: é o tempo da inflação narcísica e da desvalorização, das flutuações bruscas que contribuem para modificar o humor que passa da exaltação à melancolia. As transformações corporais pubertárias põem em risco os limites do corpo e o adolescente precisa reconhecer esse abalo narcísico para poder efetuar um reajustamento da imagem do corpo, integrando tais modificações. Nesse sentido, a identidade e identificação são postas em jogo e o sujeito procura manter sua identidade, ao mesmo tempo em que exerce um remanejamento identificatório. Os adolescentes cujas bases narcísicas estão suficientemente seguras desenvolvem a capacidade de simbolização.

Por outro lado, para aqueles adolescentes que apresentam uma estrutura de ego frágil, essa fase pode se revelar especialmente difícil. A instabilidade desse período agrava-se para aqueles que apresentam sintomas psicóticos desde a infância (AMPARO; BRASIL; WOLFF, 2010).

Jerusalinsky (1993) afirma que os sintomas psicóticos da infância resolver-se-ão apenas na adolescência, fase em que o sujeito poderá produzir novas inscrições, pois esse período exige do sujeito a realização de rearranjos pulsionais que provoquem fortes mudanças tanto consigo mesmo quanto no mundo relacional.

Na adolescência, as relações interpessoais com os adultos serão requisitadas de modo particular, marcando o jogo de identificações. No que se refere à constituição da imagem do corpo, deve-se ressaltar as marcas que o investimento imaginário materno provoca no corpo infantil. As mães de psicóticos geralmente apresentam um modo de funcionamento em que não existe um investimento imaginado no corpo do filho como integrado e distinto do corpo materno. Nesse sentido, a mãe estabelece a relação com o corpo real da criança. Existe uma dificuldade na psicose de estabelecimento de espaços de mediação entre o corpo da mãe e o da criança, de forma que a criança, nessa circunstância, é vivida como

parte do corpo ou mesmo como uma forma de esta restabelecer sua própria pele. Por outro lado, no que diz respeito à criança psicótica, depara-se com uma imagem do corpo arcaica, indiferenciada em relação ao corpo materno, marcada por uma angústia de fragmentação e esfacelamento (AMPARO; BRASIL; WOLFF, 2010).

Em síntese, o sujeito adolescente pode arriscar-se na vida quando conta com ambiente seguro pronto para ser usado quando for necessário, onde os atos agressivos dão limite a si mesmo, reorganizando-o. Portanto, os pais precisam esperar que seus filhos descubram-se a si e ao mundo. Para tal, contam com o tempo como aliado (WINNICOTT, 1996).

O aparecimento de sintomas psicóticos na adolescência gera controvérsias quanto a etiologia, procedimento, manejo e tratamento adequados.

Para Winnicott (1983), a Teoria do Amadurecimento se sustenta na crença da existência de uma tendência inata ao amadurecimento e a integração em um todo unitário, entendida como a mais importante herança do ser humano.

É da condição de dependência do bebê que Winnicott (1983) explica a origem das angústias impensáveis. Elas surgem de falhas no relacionamento da mãe-ambiente com o bebê antes mesmo que ele possa dar conta dessas falhas. Como exemplo de falhas pode-se dizer aquelas que ameaçam a solução de tarefas impostas ao bebê nos estágios do processo de amadurecimento e de integração progressiva em que se encontra sucessivamente. O ambiente é dito falho quando não é confiável e suficiente para assegurar o crescimento e evolução pessoal do ser humano (LOPARIC, 1996).

Segundo Winnicott (1983), é fundamental ao desenvolvimento psíquico do bebê o fato de estar sob a proteção de uma “mãe suficientemente boa”, que, pela continuidade e previsibilidade dos seus cuidados, permite ao filho uma entrada satisfatória no mundo. Se for consenso que a função da mãe é possibilitar ao filho a vivência da “ilusão” e gradativamente a frustração necessária para que ele se “desiluda” e caminhe rumo a uma individuação, haverá concordância quanto ao risco psíquico a que se sujeita o bebê confrontado precocemente com uma mãe que não foi capaz de entrar no estado de preocupação primária, que permitiria oferecer uma maternagem suficientemente boa.

1.2 Síndrome de *Down*: um problema ou um desafio para a descoberta de potencialidades?

A síndrome de *Down* é uma condição genética, reconhecida há mais de um século por John Langdon *Down*, que constitui uma das causas mais frequentes de deficiência mental (MOREIRA; EL-HANI; GUSMÃO, 2000).

A síndrome de *Down*, ou trissomia do cromossomo 21, é provocada por um erro acidental na divisão das células durante o processo de fecundação. Os tecidos do organismo são, em sua totalidade, formados por coleções de células. O núcleo de cada uma delas possui 46 cromossomos, sendo 23 herdados da mãe e 23 do pai. Nos portadores dessa síndrome, em vez da existência de dois cromossomos no par 21, lá se encontram três cromossomos iguais.

Os portadores da Síndrome de *Down* apresentam traços peculiares: cabeça que se revela mais achatada na parte traseira, língua protusa, orelhas um pouco menores e implantadas mais abaixo, hipotonia muscular, existência de uma linha única na palma da mão e comprometimento intelectual (denominação atualmente utilizada em lugar de deficiência mental, conforme sugere a Organização Mundial de Saúde). Cinquenta por cento das crianças com a síndrome apresentam cardiopatia, um resultado da hipotonia que já se faz presente na vida embrionária. As dificuldades de aprendizagem estão relacionadas ao grau de comprometimento intelectual. Em geral, as crianças com *Down* são bastante sonolentas (VARELLA, 2012).

Somado ao atraso no desenvolvimento, o portador da Síndrome de *Down* pode ser acometido de outros problemas de saúde: cardiopatia congênita (40%); hipotonia (100%); problemas de audição (50 a 70%); de visão (15 a 50%); alterações na coluna cervical (1 a 10%); distúrbios da tireóide (15%); problemas neurológicos (5 a 10%); obesidade e envelhecimento precoce. Embora de natureza subletal, a Síndrome de *Down* pode, em termos de desenvolvimento, ser considerada geneticamente letal quando se leva em conta que 70 a 80% dos casos são eliminados prematuramente (MOREIRA; EL-HANI; GUSMÃO, 2000).

A associação entre a doença de Alzheimer e a Síndrome de *Down* tem sido reconhecida por mais de um século. Os sinais neuropatológicos do Alzheimer

têm sido encontrados nos cérebros de todas as pessoas com Síndrome de *Down* com idade superior a 40 anos e até mesmo nas pessoas com 20, 30 ou 35 anos de idade. Parece não haver dúvida de que a doença de Alzheimer se instale mais precocemente nessas pessoas do que na população em geral. Quanto às desordens psiquiátricas, tais como neuroses, desordens de conduta e esquizofrenias, as pessoas com Síndrome de *Down* parecem menos vulneráveis a elas do que outros indivíduos que apresentam deficiências de aprendizagem. No entanto, a depressão se revelou mais frequente (10%) do que nos indivíduos com outros problemas de aprendizagem (SILVA; DESSEM, 2002)

Os estudos permitem formular a hipótese de que, por meio da experiência ativa obtida por meio de estimulação, pode ser construído um novo padrão de comportamento em pessoas com síndrome de *Down*, levando-as a modificações funcionais. Na exata medida em que evidencia a plasticidade fenotípica dos afetados, o sucesso das intervenções psicomotoras e pedagógicas na Síndrome de *Down* mostra não ser possível afirmar que o conjunto fenotípico da síndrome seja determinado geneticamente, a despeito de não restar dúvida em relação ao papel crítico da trissomia da banda cromossômica 21q22 em sua história natural (MOREIRA; EL-HANI; GUSMÃO, 2000).

Dados revelam que essas pessoas podem tornar-se independentes no decorrer de suas vidas, mesmo apresentando um desenvolvimento mais lento e de existirem diferenças de criança para criança (SILVA; DESSEM, 2002).

No que diz respeito às características comportamentais e de temperamento de crianças que apresentam deficiência mental, a literatura é relativamente vasta. Grande parte dos estudos dedicou-se aos problemas de comportamento apresentados por essas crianças. Esses problemas são, de uma maneira geral, diversificados e dependem do tipo de deficiência e do grau de comprometimento da criança. Um exemplo é o resultado do estudo de Cuskelly e Dadds: as crianças com síndrome de *Down* apresentaram mais problemas de comportamento do que os seus irmãos, com destaque para problemas relacionados à atenção e à imaturidade. Estudo de Gibson, por outro lado, constatou que as crianças com Síndrome de *Down* apresentam o estereótipo de obstinadas, mas também se revelam afetivas e de temperamento fácil. Outro achado da referido estudo foi o seguinte: ainda que, embora a maioria das crianças e dos adultos

tenham se adequado a este estereótipo, há subgrupos de indivíduos com Síndrome de *Down* que se apresentam agressivos, agitados e difíceis de manejar, fato que demonstra não ser uniforme o temperamento dos indivíduos com Síndrome de *Down*. (SILVA; DESSEM, 2002)

Segundo Silva e Dessem (2002), os estudos de Carr, realizados em 1994, revelaram que a maioria dos genitores qualificou os seus filhos como amáveis, afetuosos e atenciosos, enquanto o estudo de Pereira-Silva, realizado em 2000, constatou que as crianças pré-escolares foram descritas como pessoas birrentas, calmas ou agitadas e, também, irritadas. Em relação aos estudos de Carr, no que diz respeito às atividades preferidas dos indivíduos com Síndrome de *Down* em ambiente doméstico destacam-se: assistir à TV, ouvir música, desenhar, colorir e olhar livros. As mais variadas modalidades de esportes foram citadas como atividades preferidas em ambiente fora de casa, estando a metade dos jovens da amostra engajados regularmente na natação. Pelo menos 1/5 dos jovens faziam um tipo de esporte, enquanto 2/3 se dedicavam a duas ou mais modalidades esportivas. Esses jovens participavam de excursões e também viajavam. Apesar de alguns frequentarem clubes voltados a pessoas com deficiências, poucos se envolviam com eventos abertos a toda a comunidade.

Não faz muito tempo, crianças nascidas com *Down* eram afastadas do seu grupo social e familiar e, em geral, não conseguiam viver mais do que 30, 35 anos. Porém, à medida que se investiu na estimulação precoce para reforçar o desenvolvimento dessas crianças e de suas potencialidades, a expectativa de vida elevou-se consideravelmente e, embora em ritmo mais lento, essas pessoas se revelaram capazes de vencer as limitações e foram se integrando à sociedade (VARELLA, 2012).

Além da melhor qualidade de vida, o tempo de sobrevida na população com síndrome de *Down* se estendeu para 60, 65 anos. Foi um ganho de 30 anos de sobrevida, com qualidade, tudo graças à atenção que passaram a receber dos médicos e da família. A família exerce papel fundamental, pois representa o primeiro universo de relações sociais da criança, podendo garantir um ambiente de crescimento e desenvolvimento ou, ao contrário, gerar um ambiente que venha a dificultar um desenvolvimento mais adequado e saudável (VARELLA, 2012).

2 A PSICANÁLISE DE WINNICOTT

2.1 Tornar-se sujeito: o amadurecer na visão de Winnicott

Winnicott, em 1923, na qualidade de médico pediatra, interessou-se pela Psicanálise. Buscou-a como forma de lidar com suas questões pessoais e como instrumento que poderia favorecer-lhe o entendimento de seus jovens pacientes, bem como de suas mães. Sua prática como pediatra o fez perceber que os sofrimentos humanos não são apenas de origem física, mas também psicossomática ou psicogênica. Suas observações, pesquisas e intervenções, especialmente quanto à relação dos bebês com suas mães, o permitiram deixar um legado composto de uma série de aportes teóricos e clínicos, que enriqueceram e fertilizaram a teoria e a prática da psicanálise nos dias atuais.

Nos últimos anos, vem sendo reafirmada a importância da obra de Winnicott para a psicanálise. O seu interesse para os estudos relacionados às psicoses, em especial à investigação da esquizofrenia, tem sido valorizado cada vez mais, à medida que tal patologia se caracteriza essencialmente pelo transtorno do pensamento, sendo a preocupação com o desenvolvimento da capacidade de pensar por conta própria um traço peculiar e distintivo da psicanálise winnicottiana.

A obra de Winnicott, que teve como ponto de partida o seu interesse por bebês e psicóticos, tratou, fundamentalmente, do delicado processo que leva o bebê humano a tornar-se pessoa. Os bebês são vistos como seres humanos bem antes de nascerem, que pode envolver até os momentos em que ainda estão sendo sonhados pelas mães. No entanto, existe uma diferença importante entre ser visto como pessoa e tornar-se pessoa. A questão é justamente poder ser um eu entre muitos eus, ou seja, é atingir uma posição existencial tida como humanizada.

Na visão de Winnicott (1945/2000), cada ser humano traz um potencial inato para amadurecer, para se integrar. Porém, o fato de essa tendência ser inata não garante que ela realmente vá ocorrer. Isto dependerá de um ambiente facilitador que forneça os cuidados de que precisa.

Para Winnicott (1945/2000), as doenças podem ser resultantes da relação que a mãe e o bebê estabelecem nos momentos mais precoces da vida. A

psicopatologia pode ter origem nas quebras de continuidade, nas brechas causadas pela intrusão, nas privações e nas falhas ambientais. A relação mãe-bebê vai moldar a vida mental do indivíduo, pois o bebê sem a mãe não existe. O bebê só existe se cuidado pela mãe (ou por quem possa substituí-la, exercendo por ela a função materna). A mãe seria um ego auxiliar para o seu bebê. Cabe a mãe manter a continuidade de que o bebê necessita para não passar por qualquer privação ou oscilação importante, que poderão resultar em um trauma. Para o bebê, trata-se de uma invasão ao seu psiquismo do tamanho que o seu ego não consegue se defender. Nesse caso, o bebê tem a sensação de queda livre, de morte, e não de sentimentos. Portanto, é através da mãe que o bebê vai se reconhecer como sujeito. Cabe aqui a frase de Winnicott: “Se eu olho, eu vejo, eu existo”. Ou seja, é através do olhar devotado da mãe que o bebê existirá. Winnicott atribuiu muito valor às influências do ambiente no desenvolvimento do indivíduo.

Segundo Winnicott, a etiologia das psicoses remete a uma falha precoce do ambiente, o qual vem ocorrer no período de dependência absoluta. Uma falha que ocorra aí revela que a mãe foi incapaz de identificar-se com seu bebê e, conseqüentemente, não conseguiu ingressar no estado de preocupação materna primária que se exige para o desenvolvimento vigoroso do bebê. Dessa forma, tanto a saúde psicológica quanto a saúde física do bebê estão na dependência da capacidade da mãe de entrar e sair desse estado tão especial de ser (ABRAM, 2000).

Sendo assim, o desenvolvimento emocional primitivo considerado saudável ocorre a partir da relação suficientemente boa da mãe com o seu bebê. De outro modo, a origem de algumas patologias mentais pode estar relacionada a essa fase inicial do desenvolvimento humano quando há falha na relação mãe-bebê (ARRUDA; ANDRIETO, 2009).

Winnicott (1945/2000) revela a necessidade de compreender o processo de amadurecimento humano com o objetivo de conhecer, prevenir e cuidar das patologias psíquicas, devendo-se avaliar a saúde da psique em termos de crescimento emocional, o qual consiste numa questão de maturidade. O autor afirma que todos os fenômenos humanos, sejam eles sadios ou não, sempre mantêm relação com crescimento e amadurecimento. Sendo assim, o estado emocional de

uma pessoa deve ser pensado em relação ao ambiente e ao seu crescimento desde a gestação (FROTA, 2006).

Segundo Frota (2006), o ambiente facilitador ao qual Winnicott (1983) se refere são, primordialmente, as mães suficientemente boas, que suprem as necessidades do bebê na medida certa e que percebem o bebê em seu processo de desenvolvimento, respeitando o seu próprio ritmo. Com o crescimento emocional, ocorre a ampliação desse ambiente facilitador, que passa a englobar paulatinamente o pai, os demais membros da família, o grupo social e a comunidade em sentido mais amplo.

A compreensão sobre o relacionamento do sujeito com o ambiente sob a perspectiva “mãe-bebê” requer o entendimento de que é impossível falar do sujeito sem falar de uma função materna. A mãe, nessa perspectiva, “é um objeto subjetivo [...] e, portanto, o seu comportamento faz realmente parte do bebê” (LOPARIC, 2012).

2.1.1 A mãe suficientemente boa e a preocupação materna primária

No início, esse ambiente é representado pelo que Winnicott (1956) chamou de Mãe Suficientemente Boa. Esse termo mostra que a mãe precisa dar ao bebê o que é imprescindível às suas necessidades (nem mais, nem menos do que é realmente necessário). Esses cuidados dependem da necessidade de cada criança, pois cada ser humano responderá ao ambiente de forma própria, apresentando, a cada momento, condições, potencialidades e dificuldades diferentes. É o ambiente que provoca a saúde e há famílias que provocam adoecimentos.

Segundo Winnicott (1956), a Mãe Suficientemente Boa é aquela que promove uma adaptação ativa às necessidades do bebê. O ser humano cresce através da dependência, inicialmente absoluta e mais tarde relativa, buscando uma forma de ser pessoal, característica do seu tempo e do ambiente em que vive.

Para que o ambiente desempenhe este papel, Winnicott (1983) postula a necessidade de uma mãe suficientemente boa, apta a responder as necessidades psíquicas do bebê. Para tanto, ela vive uma condição denominada de preocupação

materna infantil, que permite a mãe identificar-se com o bebê e desta forma criar condições para que o desenvolvimento do mesmo seja possível.

Winnicott entende que a preocupação materna primária representa um estado bastante especial da mãe, uma condição psiquiátrica materna tão especial cujo desenvolvimento se faz de forma gradual, transformando-se em um estado de intensa sensibilidade no decorrer e, em especial, no momento em que se aproxima o término da gestação, vindo prolongar-se por algumas semanas após o nascimento do filho. Uma vez recuperada, esse estado não é facilmente lembrado pela mãe. As lembranças desse estado de regressão que acomete a mãe tendem a tornar-se reprimidas. O ponto que Winnicott pretende esclarecer é o seguinte: a criança e a mãe estão psicologicamente fundidos desde o início da vida do bebê. Trata-se, portanto, de um período em que as relações objetais ainda não existem. Apenas o suporte egóico entre o bebê e a mãe é que se faz presente (ABRAM,2000).

O estado de regressão vivenciado pela mãe na fase denominada de preocupação materna primária acaba remetendo-a a memórias primitivas não acessíveis por meio da atenção consciente. Dessa forma, ela se remete às marcas (memórias primitivas) dos cuidados que a mãe recebeu de sua mãe, atualizando-os na própria relação com o seu filho. Possui as lembranças de também ter sido um bebê, recordando-se de um período em que também foi cuidada. Essas lembranças tanto podem ajudar como trazer prejuízos às suas experiências como mãe. Assim, é por meio dessas lembranças inconscientes que a mãe se torna preocupada, e também “devotada”, em consequência de uma intensa identificação com o bebê. Tal situação lhe permite projetar no seu filho o bebê que um dia ela foi. A essa herança emocional dá-se o nome de Identidade Parental.

A condição de preocupação materna primária possibilita um processo identificatório, de tal modo que resulta num estado de ilusão-delírio, em que a mãe existe somente como uma forma de um meio ambiente “invisível” de sustentação (*holding*). O atendimento às necessidades do bebê é feito de uma forma tão discreta que o bebê não vivencia suas necessidades como tais. Se o ajuste entre mãe e bebê for suficientemente bom e uma ilusão/delírio dessa espécie for de fato criada, há um estado imperturbado de uma experiência de continuidade do ser. No entanto, uma parte da mãe permanece inalterada, ou seja, não compõe a unidade mãe-bebê e ajuda a tornar a sua presença - a mãe como objeto - conhecida de uma forma não

assustadora, de modo que o bebê não tenha que negá-la, ou defender-se dela (WINNICOTT, 1983).

Ressalte-se que, para Winnicott (1956), o termo mãe suficientemente boa é usado para descrever a dependência que faz parte da primeiríssima infância. Não se trata de um tipo de perfeição de maternagem, mas de uma adaptação suficientemente boa, ou seja, aquela que faz parte de uma relação viva em que a mãe temporariamente se vê identificada com o seu bebê. Para poder identificar-se com o bebê no nível necessário, o autor propõe que a mãe seja protegida da realidade externa, não estando sujeita à preocupação mórbida, o que pode ser entendido como uma situação ideal.

Segundo Winnicott, as mães incapazes de propiciar o ambiente necessário ao desenvolvimento sadio do bebê podem ser classificadas da seguinte forma: a mãe psicótica, que pode ser muito bem capaz de suportar as demandas do bebê desde o início de sua vida, porém não se revela capaz de separar-se dele para que ele cresça afastado de seu olhar; a mãe que não pode entregar-se à preocupação materna primária, provavelmente por achar-se demasiadamente deprimida que é a mãe morta ou a mãe técnica, que está presente fisicamente, mas que não se faz presente emocionalmente, ou está preocupada com algo, e a mãe atormentada, que traz o pior efeito sobre a saúde mental do bebê, visto que a natureza errante do ambiente viola o coração do sentimento de self. Aqui o bebê não sabe o que vai acontecer e tudo se revela imprevisível (ABRAM, 2000).

Bion (1962/1991), ao falar sobre as especificidades da relação da mãe com o bebê, comenta a importância da transformação pela mãe dos elementos beta, que dizem respeito a sensações e experiências emocionais primitivas extremamente desconfortáveis para o bebê, em elementos-alfa.

Na fase inicial da vida, a função alfa é exercida pela mãe, cujo papel é a criação de um continente adequado que acolha, contenha, decodifique e devolva ao filho o que ele projetou nela, que agora estará desintoxicado, significado e nomeado, representando assim os elementos-alfa. É como se a mãe usasse seu cérebro para pensar os pensamentos do bebê num período em que ele não dispõe de recursos para fazê-lo, ou pelo menos para fazê-lo de forma adequada (BION, 1962/1991).

Dito de outra forma, além dos cuidados físicos, há outra espécie de comunicação entre eles, que é subjetiva, mais importante para o processo de constituição psíquica do bebê. Ao ficar com o seu filho para alimentá-lo e aconchegá-lo, a mãe transmite conteúdos ao bebê, ainda que ele não os possa compreender. O que será comunicado dependerá da natureza das crianças, visto que, do ponto de vista do desenvolvimento do par e dos indivíduos que o compõem, o efeito recíproco representa a experiência emocional que está sujeita à transformação pela função alfa (TENENBOJM; ROSSINE; REIMÃO, 2011).

2.1.2 Da dependência à independência emocional

Winnicott (1945/1963) define o processo de amadurecimento emocional a partir de três períodos que são eles: período de dependência absoluta, período de dependência relativa e rumo à independência.

Na dependência absoluta, o bebê encontra-se em total dependência dos cuidados maternos e não é capaz de perceber os cuidados maternos e a provisão ambiental. Essa fase correspondendo cronologicamente ao período que vai do nascimento até aproximadamente os seis meses de idade

Na dependência relativa, o bebê necessita de alguns fatores do cuidado materno, podendo, de forma crescente, relacioná-los ao impulso pessoal para, posteriormente adquirir a capacidade de preservar a mãe viva em sua mente quando esta se encontra ausente. A fase de dependência relativa, que se estende até os dois anos de idade, período em que surgem os objetos e fenômenos transicionais, que caracterizam uma nova modalidade de relação com a mãe e com o meio ambiente.

No rumo à independência, o bebê desenvolve formas de se articular sem a necessidade de cuidados reais. Isto ocorre graças a três fatores: o acúmulo de lembranças de cuidados; a projeção de necessidades pessoais e a introjeção de fatores do cuidado, a partir do desenvolvimento da confiança no ambiente. A independência nunca é absoluta, pois o indivíduo e o ambiente estarão em constante relação de interdependência.

O indivíduo somente confiará verdadeiramente em um objeto interno se tiver vivido uma história de dependência afetiva inicial. O fato é que há um longo caminho separando a dependência da independência. Tal caminho inclui necessariamente condições especiais de separação sustentada. Por outro lado, se não for mantida internamente uma imagem do objeto do qual se está separando, não haverá esperanças de que aquilo que se está comunicando encontrará um receptor.

É a partir da condição de dependência de outrem que surgem para o bebê as suas necessidades e problemas fundamentais como o de se sentir real, de ter contato com a realidade, de assegurar a sua integração do ser no tempo e no espaço, de perceber a distinção entre realidade interna e externa e de adquirir a capacidade de usar as coisas e a de ser si-mesmo (LOPARIC, 1996).

2.1.3 Integração, personalização e relação de objetos

Abram (2000) afirma que a partir de uma relação suficientemente boa entre a mãe e o bebê, o ego adquire condições de desenvolver-se, sendo esse desenvolvimento caracterizado pelas seguintes tendências: integração, personalização e relações de objeto.

A integração, tida como a principal tendência do processo de maturação, que está voltada para o sentimento de existir, que parte da integração do *self* de um estado não integrado para a existência do “eu sou”.

A personalização, fase em que o ego fundado a partir de um ego corporal vem estabelecer um vínculo entre o corpo e as funções corporais, onde a pele atua como membrana limitadora. Os cuidados corporais destinados ao bebê contribuem para ele sentir-se como uma pessoa, ocorrendo aí a interação da psique com o soma. Observa-se também a interação dos processos intelectuais com as experiências psicossomáticas. Quando o sujeito não recebe um trato suficientemente bom é possível a ocorrência de uma despersonalização que se caracteriza como uma cisão psique-soma.

As relações de objeto, o ego inaugura a relação de objeto, a qual proporciona satisfações ao bebê, de modo que ele seja capaz de descobrir os objetos e consiga manter relação com eles e com outros indivíduos. Nesse momento, também desenvolve a capacidade de relacionar-se com o tempo e o espaço, além de tornar-se apto a lidar com o mundo externo.

Winnicott (1989) traça uma diferenciação entre relação de objeto e uso de objeto. Para o autor, a capacidade de usar os objetos é mais elaborada que a capacidade de relacionar-se com eles. Entende que o relacionar-se pode se dar com o objeto subjetivo, ao tempo em que usar implica que o objeto é parte da realidade externa e que ocorre de acordo com a seguinte sequência: a) o sujeito se relaciona com o objeto; b) o objeto está em via de ser colocado no mundo pelo sujeito; c) o sujeito destrói o objeto; d) o sujeito sobrevive à destruição; e) o sujeito pode usar o objeto.

Tão importante quanto ilusão/delírio é a fase do desenvolvimento que está relacionada à desilusão, ou seja, ao momento em que a mãe se dá conta da existência de condições que permitem ao seu bebê enfrentar gradativamente a realidade da ordem exterior. Nesse momento a mãe irá diminuir a intensidade de seus cuidados, o que proporcionará uma nova fase no amadurecimento de seu filho (FORLENZA NETO, 2004).

Essa passagem é necessária ao desenvolvimento do bebê e conduz ao uso da ilusão, dos símbolos e de um objeto. O período do desenvolvimento em que surgem os fenômenos transicionais é posterior à indiferenciação eu e não-eu e precede a capacidade simbólica e criativa, desde que os objetos transicionais possam ser descatexizados e “relegados ao limbo”. Segundo Winnicott (1975), esses objetos não esquecidos perdem o significado devido ao fato de os fenômenos transicionais terem-se tornado difusos, espalhando-se por todo o território situado entre a realidade psíquica e o mundo externo, isto é, por todo o campo cultural. Dessa forma, o objeto transicional se torna gradativamente descaracterizado, especialmente na medida em que se desenvolvem os interesses culturais.

2.2 Um ambiente falho deixa suas marcas

Os bebês que experimentaram significativos desapontamentos em um padrão de fracassos ambientais, ligados ao estado psicopatológico da mãe ou do substituto materno, trazem consigo a experiência da ansiedade impensável ou arcaica (WINNICOTT, 1969). Eles vivem em um estado de confusão aguda ou da agonia da desintegração, o que pode representar uma cisão psicossomática. Falando de outra forma, vivenciam a experiência do trauma em suas personalidades, que passam a ser organizadas com defesas que podem conter aspectos primitivos.

Obviamente o trauma não decorre de um evento único, mas de uma série de repetições de falhas ambientais no suprimento das necessidades do bebê, que ocorrem em um momento no qual ele não apresenta uma estrutura de ego capaz de compreender e representar o que ocorre.

Winnicott (2000 apud ANDRADE, 2012) refere-se ao conceito de intrusão, sublinhando-o como o fracasso na empatia da relação mãe-bebê durante os estágios de dependência absoluta, mesmo que se saiba que um determinado grau de fracasso na empatia não possa ser evitado. Essa intrusão é resultado da percepção prematura e traumática do bebê em relação a algo que diz respeito ao ambiente e que é sentida como uma ameaça à sua existência. Nesse caso, são ameaças de aniquilamento, uma vez que não operam aí as ideias de privação ou frustração, porque ambas só fazem sentido no momento em que o bebê já é capaz de identificar um objeto total.

O resultado dessas falhas desperta o que Winnicott (1965) nomeou de angústias inomináveis ou de aniquilação, interrompendo a continuidade do ser. É da condição de dependência do bebê e das falhas no relacionamento primitivo que o autor explica a origem das agonias impensáveis.

Sendo assim, Winnicott (1965, apud LOPARIC, 2002) crê que os sofrimentos realmente mais graves são os que surgem das necessidades não atendidas, que derivam da necessidade de ser. Essas dores são denominadas de agonias impensáveis. Impensáveis por serem anteriores a qualquer representação mental, e agonias por implicarem na luta pela continuidade do ser. Seriam angústias

diante de várias ameaças ao existir humano, tais como o medo de retorno a um estado de não-integração (de aniquilação e de quebra da linha do ser), o medo da perda de contato com a realidade, da desorientação no espaço, do desalojamento do próprio corpo e pânico num ambiente físico imprevisível (LOPARIC, 1996).

Loparic (1996) traz a definição de Winnicott (1965) do que seriam as angústias impensáveis:

[...] Por que essas angústias são chamadas de impensáveis? Porque não são definíveis em termos de relações pulsionais de objeto, baseadas em relações representacionais de objeto (percepção, fantasia, simbolização). Uma característica básica das angústias impensáveis é o fato de se darem, por muito precoces, antes que exista um indivíduo capaz de experienciá-las. Isto significa, que os estados que dão origem às angústias impensáveis acontecem antes do início da atividade relativa a mecanismos mentais e as forças instintuais [...] (LOPARIC, 1996, p. 6-7).

Nesse sentido, as consequências de um apoio insuficiente ao ego do bebê podem ser muito desastrosas e indicam processos de sofrimentos graves como a esquizofrenia, autismo, falso autodefesa e personalidade esquizoide, entre outras. Na melhor das hipóteses, esses sujeitos levam consigo a memória latente de um desastre ocorrido com o seu eu e gastarão muito tempo e energia para organizar sua vida e para que essa dor não volte a ser experimentada (WINNICOTT, 1970/1994 apud ARRUDA; ANDRIETO, 2009).

Desta forma, pode-se considerar que o trauma se interpõe ao processo de amadurecimento, de integração, de personalização e de separação do “eu não-eu”, o que prejudica o relacionamento com os objetos e com suas funções corporais. Winnicott (1960) utiliza-se do termo colapso para descrever o impensável estado de coisas subjacentes à organização defensiva em relação às agonias primitivas.

O trauma pode ser compreendido como um elemento que impede o fluxo pulsional e que, em alguma dimensão, provoca a paralisação do acontecer psíquico. Laplanche e Pontalis (1992) definem trauma como acontecimento da vida do indivíduo, caracterizado por sua intensidade e pela incapacidade do indivíduo em lhe dar respostas de forma adequada, somado ao transtorno e aos efeitos patogênicos duradouros que traz à organização psíquica. Em termos sucintos, o traumatismo constitui-se de um afluxo de excitações considerado excessivo em relação à

tolerância do indivíduo e à sua capacidade de dominar e elaborar psiquicamente tais excitações.

Segundo Zavaroni e Viana (2015), “a vivência primordial do desamparo desencadeia-se com a impossibilidade de o bebê praticar a ação específica indispensável à satisfação de suas necessidades”. Estritamente dependente dos adultos que estão à sua volta, o bebê depende do acolhimento de suas demandas e da realização, pelos seus cuidadores, da ação específica que satisfaça as suas necessidades, além do escoamento da tensão desencadeada pelas mesmas. Quando tal cuidado falha ou se torna ausente, pode-se esperar que a criança experimente situações de intensa angústia, decorrente do desamparo avassalador que irá invadir o seu ser. Tais momentos se tornam traumáticos por dois motivos: ou porque recolocam a criança diante do traço psíquico recalcado relacionado ao desamparo experimentado nos primeiros momentos da constituição psíquica ou por serem carregados de uma intensidade que exige da criança um trabalho psíquico que vai além de suas possibilidades.

Zavaroni e Viana (2015) afirmam ainda que “na ausência de cuidados maternos, o bebê se vê à mercê de suas demandas pulsionais”. O desconforto pelo não atendimento de suas necessidades leva o bebê a buscar superação que só encontrará vazão pelas vias da fantasia e da alucinação. O seio imaginado ante a fome e não substituído pelo seio real prende o bebê à construção fantasmática de sua onipotência associada às sensações incessantes do desconforto corpóreo da fome. Privado da presença daquele que de fato lhe poderia atender, o bebê continuará sem referencial da realidade que o coloca diante de sua incompletude humana, mantendo-o na ilusão de que ele mesmo é capaz de se completar. O outro que não atende denuncia de maneira cruel a sua inexistência, sendo capaz de lançar o bebê em um desamparo presentificador e reafirmador do desamparo próprio da sua condição humana de constituir-se em relação.

A psicose, para Winnicott, teria como ponto de partida os estágios do desenvolvimento individual, a partir de distorções, verificadas antes do estabelecimento de um padrão individual de personalidade (WINNICOTT, 1965, 1989). O medo do colapso, ou o medo da loucura, pode se configurar de várias formas: o medo da incontinência de ações perigosas ou inconvenientes; de gritar em público; de pânico; de sensações de calamidade iminente; de agir de modo irracional

e ilógico e medo da morte (real ou psíquica), o que também pode ser descrito como ansiedades psicóticas de desintegração, de irrealidade, de falta de relacionamento, de falta de coesão psicossomática, de despersonalização e de queda eterna.

Andrade (2012) entende que o ajuste insatisfatório entre a mãe e o bebê causa prejuízos à capacidade de integração e leva à necessidade de estabelecimento de medidas defensivas. Consequentemente, é possível ocorrer que, em vez do verdadeiro *self*, nasça uma espécie de *pseudo-self* (falso *self*), “que consiste numa relação de reações às falhas na adaptação”. (WINNICOTT, 2000 apud ANDRADE, 2012, p.394). De acordo com o autor, o falso *self* esconde e protege o verdadeiro *self*, em reação às falhas ambientais. O falso *self* diz respeito ao padrão das falhas do meio ambiente, que ocorre à base da submissão e da complacência.

Uma das formas de falhas ambientais pode estar relacionada ao processo de adoecimento dos pais. Nesse sentido, Winnicott (1965) afirma que os pais com características esquizoides, como aquelas presentes na esquizofrenia, podem falhar de várias formas nos cuidados dos filhos. Apesar de as condições ambientais merecerem alta consideração na etiologia de determinados problemas e transtornos, a criança pode encontrar formas de crescer sadia. Da mesma forma, apesar do bom cuidado materno e de condições ambientais favoráveis, a criança pode igualmente apresentar distúrbios.

Zornig e Levy (2006) reconhecem que a qualidade dos cuidados parentais dispensados às crianças nos seus primeiros anos de vida é de crucial importância tanto para a sua saúde física com para a sua saúde mental. No entanto, ressaltam que não se pode deixar de levar em conta o potencial criativo e a incrível capacidade regenerativa das crianças na busca de vínculos alternativos capazes de lhes fornecer a experiência de acolhimento, intimidade e relacionamento.

2.3 Parte de mim é todo mundo, outra parte é estranheza e solidão

Winnicott insere a etiologia da psicose na estrutura ambiente-indivíduo. Como resultado, se a mãe for incapaz de entrar no estado de preocupação materna primária, deixará que o seu bebê caia. Tal queda, entendida como algo que se opõe

ao holding, significa que, mais cedo ou mais tarde, a mãe se verá diante do fato de ter falhado com seu bebê. Dessa forma, Winnicott via a psicose como uma defesa contra a angústia primitiva (ABRAM, 2000).

A psicose está relacionada à privação emocional em um estágio anterior àquele em que o bebê se encontra apto a perceber essa privação. Tal condição provoca uma interrupção no sentimento de continuidade do existir, que não é sequer experimentada como tal dada a indiferenciação em relação ao ambiente. A teoria winnicottiana reforça o papel do ajustamento defeituoso do ambiente em relação às necessidades da criança, conferindo um papel secundário à sua reação (SANTOS, 1999).

Loparic (1996) afirma que a psicose está ligada à privação emocional em um estágio anterior àquele em que o bebê é capaz de se dar conta dessa privação. Além da falha ambiental propriamente dita, a provisão necessária encontra-se completamente fora da percepção e da compreensão do bebê. Nessa situação, não chegou ainda a existir uma provisão percebida como suficientemente boa e que, em certo momento, cessou. Em vez de uma interrupção no sentimento de continuidade da existência, que era um componente do ambiente suficientemente bom, o bebê se vê surpreendido por uma interrupção do existir, que não pôde ser atribuída a nada e a ninguém, e que nem sequer é experimentada como tal, já que ele se via em um estágio evolutivo que ainda não o dava condições de se diferenciar, mesmo que minimamente, do ambiente em que estava inserido. Nesse sentido, o ponto que marca a origem da privação é mais precoce e completamente indeterminado, provocando não exatamente uma perda, total ou parcial, mas uma absoluta incapacidade de manter relações com objetos.

À medida que se vê repetida a experiência de uma adaptação tida como não suficientemente boa, começa a ocorrer uma distorção psicótica da organização meio ambiente-indivíduo. As relações com os objetos provocam, sucessivamente, a perda do sentido de integridade do *self*, de tal forma que, para recuperá-lo, o indivíduo se vê obrigado a retornar, de forma cada vez mais frequente, ao isolamento primário. Essa operação vai assumindo um caráter crescente de organização defensiva como uma forma de repúdio à invasão ambiental. O *self* pode ser esmagado no espaço da realidade que ele nunca consegue alcançar e da subjetividade que carece de sentido.

Santos (1999) pontua que o fracasso ambiental nesse ponto do desenvolvimento acentua o potencial paranoide. O bebê vê-se então obrigado a se defender de intensas ansiedades paranóides e, visando atingir tal objetivo, organiza defesas igualmente poderosas. Adicionalmente, o bebê acaba recolhendo-se em seu próprio mundo interno (introversão patológica), um mundo que ainda não se encontra bem organizado. Visando livrar-se da perseguição do ambiente, deixa de adquirir o status de unidade, "renunciando" ao compromisso do crescimento e da conquista de sua própria autonomia.

Segundo Loparic (1996), Winnicott reconheceu que nas psicoses, bem como em outros distúrbios severos correlatos, não parece que as angústias maciças se enquadrem no clássico modelo da regressão aos pontos de fixação pré-genitais, vinculadas ao conflito edípico mal resolvido. Não é possível, nesses pacientes, identificar a origem da problemática em termos de dificuldades de resolução de um complexo de Édipo desenvolvido em sua plenitude. Embora inicialmente tenha acatado as reformulações kleinianas em termos da posição depressiva, Winnicott se convenceu posteriormente da existência de problemas iniciais do desenvolvimento humano que desencadeiam o que ele chamou de angústias impensáveis, as quais não podem ser entendidas por meio da concepção edipiana.

Segundo Loparic (1996), o que assola o bebê são angústias relacionadas não à função sexual, mas às múltiplas ameaças ao sentimento de existir. Exemplos são o temor da volta a um estado de não-integração (que provoca o aniquilamento e a ruptura da linha de continuidade do ser), o medo da perda de contato com a realidade, o temor da desorientação no espaço, o pânico do desalojamento do próprio corpo (o despencar no vazio) e de um ambiente físico imprevisível. Tais angústias primárias são tidas como impensáveis, pois não podem ser definidas em termos de relações pulsionais de objeto, baseadas no modelo representacional (ou seja, relações mediadas por representações de objeto, sinônimo de representações mentais). A questão é que essas angústias não acedem à percepção, muito menos chegam a ter um estatuto de fantasia, e à medida que não ganham conteúdo representacional, não conseguem alcançar a simbolização.

2.4 O lugar do analista

Segundo Hisada (2002), Winnicott trabalhava a partir do diagnóstico. Fazia psicanálise quando o diagnóstico era de que o paciente necessitava de análise. Sua experiência clínica o levou a reexaminar sua técnica e concluir que as necessidades do paciente só podem ser definidas a partir de um diagnóstico psicodinâmico, o que levou a construir três grupos de pacientes para saber se era possível transgredir o setting a partir do diagnóstico.

No primeiro grupo estão os pacientes que operam como pessoas totais e cujas dificuldades estão nas relações interpessoais. São pacientes que tiveram um desenvolvimento satisfatório nos estádios iniciais da vida e a técnica para seu tratamento seria a técnica tradicional de Freud.

No segundo grupo estão os pacientes depressivos nos quais a totalidade da personalidade está apenas se esboçando. Em relação ao manejo, devido à junção do amor e ódio, a ideia de sobrevivência do analista aos ataques do paciente é um fator importante. Isso é mais importante que a interpretação.

E, no terceiro tipo estão os pacientes cuja estrutura pessoal ainda não está fundada de forma segura e o tratamento deve lidar com os estágios primitivos do desenvolvimento emocional. A ênfase está no manejo, funcionando como um holding. Esses pacientes com falhas mais precoces no desenvolvimento necessitam de um setting mais regressivo.

Para Winnicott, o fato de o paciente ter uma experiência significativa com o analista na relação humana é mais importante do que o ato de interpretar. Nesse sentido, o analista pode fazer uso, caso entenda necessário, de diferentes tipos de abordagem na busca do desenvolvimento psíquico do paciente. Trata-se de uma presença humana confiável e não-invasiva, que oferece ao paciente a oportunidade de comunicar suas experiências significativas, ao tempo em que mantém um núcleo do self privado (COELHO; BARONE, 2007).

Para Coelho e Barone (2007), é crucial refrear-se de interpretações desnecessárias, e também das que ocorrerem prematuramente ao analista, ou seja, antes de o paciente tê-las gerado por meio da relação analítica. Essa posição de Winnicott é fundamentalmente uma posição de cunho ético. Trata-se de uma

posição aberta à verdadeira alteridade do paciente; uma posição que não destrói a capacidade de o paciente, de forma criativa, expressar o seu verdadeiro self.

Hisada (2001) afirma que em atendimentos a pacientes psicóticos faz-se necessário modificar a análise com vistas a introduzir inovações e adaptações ao setting. Para o paciente, o resultado experiencial desse *setting* é justamente o holding, cujo objetivo é proporcionar um ambiente suficientemente bom. Fica suspenso então o trabalho interpretativo e a sobrevivência do analista passa a ser um fator fundamental para o processo. Dessa forma, a ênfase passa da interpretação para o *setting*. Esse tipo de atendimento requer a regressão à dependência, visando permitir o resgate de falhas originais, além de oferecer uma esperança de retomada do desenvolvimento e do crescimento.

Nessas situações, a análise deve recair mais na tarefa de criação de significados do que no desvendamento e na interpretação de sentidos latentes existentes, embora cifrados. Tal prática visa levar o indivíduo à simbolização, permitindo que o psiquismo supere e conecte-se com o corpo e com as suas moções pulsionais. À medida que se estimula o mundo interno, faculta-se ao paciente a possibilidade de desenhar os contornos de sua subjetividade por meio de um processo de amadurecimento progressivo. A partir daí, pode a psicanálise se defrontar com fenômenos mais arcaicos, como as angústias impensadas, que acabam levando-nos a refletir sobre a solidão essencial do homem contemporâneo e a sua natureza essencialmente trágica (LOPARIC, 1996).

A psicanálise tradicional não comporta o desafio das psicoses e todo o número expressivo de patologias que, de forma paradoxal, constituem parcela significativa do universo da demanda contemporânea de tratamento (Alvarez, 1994). Nesse aspecto, o pensamento winnicottiano mostra-se como um alento àqueles que lidam com situações limítrofes, com os casos denominados borderlines, os transtornos de caráter e as psicoses nas suas mais diversas configurações (SANTOS, 1999).

3 CONTRIBUIÇÕES PARA A CLÍNICA PSICANALÍTICA

3.1 Apresentação do caso clínico: Angel: um anjo encarnado?

Angel, 20 anos, portadora de Síndrome de *Down*, encontra-se em atendimento em um hospital-dia. O acompanhamento psicoterápico de Angel se dá nessa instituição por iniciativa de sua mãe. Seus pais estiveram casados por 7 anos e se separaram quando Angel tinha 6 anos de idade. Seu pai reside em outro Estado. Angel reside com a mãe e, apesar de ter seu próprio quarto, dorme todas as noites na cama da mãe, que a mantém bastante infantilizada. Sua mãe tem um único irmão, que é dependente químico e mora com os pais.

Segundo o relato da mãe, Angel teria apresentado seu primeiro quadro agressivo coincidindo com o início de sua adolescência. Houve agravamento desse quadro e Angel vivenciou uma crise psicótica aos 18 anos com alucinações auditivas e ideias delirantes. Além disso, Angel apresentava dificuldade nos relacionamentos interpessoais e dependência do ambiente no que tange à execução de atividades rotineiras.

Em sua primeira consulta psiquiátrica foi prescrito o uso de antipsicóticos desde essa época. Foram-lhe atribuídos os seguintes diagnósticos: CID 10 Q90 (Síndrome de *Down*) e F29 (Psicose não orgânica não especificada). Há registro de quadros de adoecimentos psíquicos na família materna.

Segundo relato da mãe, ela também apresentava fixação com o “pai de Brasília”, nome que ela dava ao namorado que a mãe tinha naquela época. Angel comentou que ele havia mostrado suas partes íntimas para ela. A paciente também apresentava sentimentos ambivalentes em relação a ele.

Foi indicado para a Angel que frequentasse um hospital-dia no período matutino, já que no período vespertino ela frequentava o Centro de Ensino Especial. Apresentava-se pouco sociável com os pacientes e tinha dificuldade de relacionamento, especialmente, com dois pacientes: um senhor idoso e uma paciente com quadro crônico de esquizofrenia. Costumava falar que tinha medo desses pacientes e que eles eram bruxos.

Sua única companhia inseparável no C.C. era uma almofada. Muitas vezes ia almoçar com ela ou saía caminhando pelo C.C. com ela embaixo do braço.

Sempre se queixava de estar com fome e pedia comida a toda hora. Segundo a paciente, sua mãe não lhe dava comida porque ela estava de regime. Sua mãe disse que fazia isso para que Angel pudesse se tornar uma modelo da APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.

Angel apresentava-se pouco participativa nos espaços de tratamento do hospital-dia, passando boa parte do seu tempo dormindo ou deitada no sofá. Foi-lhe proposta a utilização de brincadeiras como contação de histórias e utilização de desenhos e pinturas, com a possibilidade de criação de um Espaço Potencial, mas ela se mantinha resistente. Disse que não gostava de fazer nada disso.

A única atividade do C.C. da qual Angel participava era o Grupo de Chegada, que ocorre sempre às segundas-feiras de manhã. Esse espaço tem por objetivo acolher os pacientes após o final de semana destes em suas casas. Nessa atividade, eles contam como foi o final de semana e como se sentiram na ocasião. Angel contava que seus finais de semana eram sempre muito fora de casa: ia para diversos supermercados e *shoppings* da cidade a fim de fazer compras e comer. Parece que no final de semana estava liberada da dieta imposta pela mãe. Às vezes, ia para cultos evangélicos com a mãe e para a casa dos avós maternos.

Sua mãe tinha indicação para frequentar o Grupo dos familiares, mas não nunca participava. Foram prestados atendimentos eventuais à mãe por meio de reuniões com duas psicólogas que acompanhavam mais de perto o caso da Angel dentro da instituição. Mesmo nas reuniões, ela se apresentava resistente às orientações e sugestões apresentadas. Mantinha-se bastante fusionada com a paciente, reafirmando seu comportamento dependente e infantilizado.

Angel costumava queixar-se de não ter vontade de ir para o hospital-dia. Gostaria de ficar em casa, afirmava ela. Algumas vezes, desabafou: “me ajuda, estou sofrendo muito. Minha mãe é malvada e eu não gosto dela. Ninguém gosta dela. Ela me deixa nervosa. Queria ficar em casa para dormir, descansar e assistir TV. Quero assistir *Malhação* e as *Chiquititas*” (sic). Parecia que o espaço de tempo disponibilizado para Angel ficar em casa não lhe era suficiente, além de não lhe terem sido oferecidas possibilidades para brincar.

Angel apresentava-se sempre vestida no mesmo estilo, mudando apenas as cores de suas roupas. Os cabelos estavam sempre bem cortados, com o mesmo estilo de corte. Vestia-se com uma blusa de manga curta de algodão, com um casaco de nylon sem manga e sem botões, parecendo um colete, calça de malha e tênis. Mesmo nos dias de muito calor, foi-lhe sugerido tirar o casaco, porém ela nunca aceitou a sugestão. Seria esse casaco uma alternativa para ela se manter inteira diante da presença da angústia de fragmentação e esfacelamento? Ou seria um mecanismo de defesa para esconder os caracteres secundários femininos (mamas) e manter-se infantilizada?

Sua mãe deu-lhe um nome que é a forma latina de uma palavra grega cujo significado é “pura como um anjo”; “aquele que se assemelha aos anjos”. Estaria Angel predestinada a ser um anjo encarnado? Os anjos são todos iguais, são assexuados, têm a função de proteger, zelar, guiar e guardar os seres humanos. Outra função dos anjos seria ser um enfeite. Parece que a Angel não pode ser um sujeito do desejo. Não pode crescer. Sua única função é ser filha de sua mãe.

3.2 Reflexões sobre o caso clínico

Para Winnicott, a primeira experiência de intimidade da mãe com o bebê é condição necessária para garantir o desenvolvimento do verdadeiro *self* e da saúde psíquica. A subjetividade do eu é encontrada no olhar da mãe. É através da mãe que a criança pode se ver. A criança só pode encontrar o seu próprio SER no olhar da mãe (LASPARTINI, 2001).

Com relação a esse aspecto da vida de Angel, Arruda e Andrieto (2009) afirmam que Winnicott (1945/1993) dá ênfase à importância da participação da mãe, ou dos substitutos maternos, quer na adaptação do bebê à realidade, quer no processo do desenvolvimento emocional primitivo.

Pressupõe-se que os cuidados dirigidos a Angel, durante o estágio de dependência absoluta, não implicaram continuidade, no tempo, de uma condição de maternagem suficientemente boa e com a qual ela pudesse desenvolver uma relação de ilusão-delírio. Parece que o ambiente, no que tange aos cuidados de

Angel, apresentou-se bastante falho e não a permitiu viver um processo de individualização.

Questiona-se, por outro lado, se a perturbação da experiência de continuidade do ser de Angel ocorreu na fase do desenvolvimento, que está relacionada à desilusão, ou seja, no momento em que a criança vive a separação necessária que proporciona uma nova fase no amadurecimento (FORLENZA NETO, 2004). Nesse caso, é como se Angel não tivesse caminhado rumo à independência, permanecendo identificada com mãe.

Em relação à história da vida de Angel, observam-se fatos sobre a relação mãe-filha que podem ser compreendidos como perturbações precoces no amadurecimento infantil. Nesse sentido, Winnicott (1965) defende que o bebê quer a presença segura da mãe, que lhe inspire a fé em si mesmo e no mundo. O bebê só adquire a capacidade de usar seus mecanismos mentais se o seu contato com a mãe-ambiente for satisfatório. Para o autor, as angústias se dão diante do encontro com um mundo inesperado e incompreensível para o bebê, num determinado estágio de amadurecimento, o qual ele designou como a teoria do amadurecimento humano (LOPARIC, 1996).

Nesse ponto, tomando-se por base a afirmação de Bowlby (2002) no sentido de que é essencial a vivência de uma relação íntima, calorosa e contínua com a mãe para a saúde mental do bebê e para o desenvolvimento de sua personalidade, a situação vivida por Angel enquadra-se no que o autor chama de “privação da mãe”, que significa a situação em que a criança não vivencia esse tipo de relação, sofrendo quando a mãe não é capaz de proporcionar-lhe os cuidados necessários, como nos casos em que a mãe é vítima de depressão pós-parto. Pressupõe-se que ao tomar conhecimento que teria uma filha com Síndrome de *Down*, essa mãe, diante de sua ferida narcísica, não foi capaz de entrar no estado de preocupação materna primária, o que permitiria oferecer uma maternagem suficientemente boa para Angel.

Para Mannoni (1999), a mãe deseja, no decurso da gravidez, a recompensa ou a repetição de sua própria infância. O nascimento de um filho vai ocupar um lugar entre os seus sonhos. Um sonho encarregado de preencher o que ficou no seu passado, uma imagem fantasmática que se sobrepõe à pessoa “real” do filho, tendo esse filho por missão restabelecer, reparar o que na história da mãe

foi julgado como falta ou prolongar aquilo a que ela teve que renunciar. Se este filho nasce doente, a irrupção na realidade de uma imagem de corpo enfermo produz na mãe um choque porque no momento em que, no plano fantasmático, o vazio era preenchido por um filho imaginário, eis que aparece o ser real que, pela sua enfermidade, vai não só renovar os traumatismos e as insatisfações anteriores, como também impedir posteriormente, no plano simbólico, a resolução para a mãe do seu próprio problema de castração. Porque esta verdadeira chegada à feminilidade terá inevitavelmente de passar pela renúncia à criança-fetice, que não é senão o filho imaginário do Édipo.

A criança doente raramente é acolhida numa situação verdadeira triangular. Esta criança é, pelo seu estado, objeto exclusivo de cuidados maternos sem a intervenção da lei encarnada por uma imagem paterna. Como responsável pela lei, o pai pode sentir-se perplexo diante de um filho que, de início, é destinado a viver fora de todas as regras. Cria-se assim uma situação muito particular em que, na relação com o Outro, o desejo do Outro não é simbolizado: a criança protegida pela solicitude do adulto não tem possibilidade de enfrentar a experiência de castração. A mensagem do pai nunca chega até ela. A criança está fadada a permanecer numa certa relação fantasmática com a mãe que, pela ausência do significante paterno, a deixa reduzida ao estado de objeto, sem esperança alguma de aceder ao nível de sujeito. É porque o significante paterno não se opôs ao inconsciente materno que a criança se acha desapossada do sentido da própria vida, e em perigo de não se sentir dona das suas pulsões (MANNONI, 1999).

Infer-se, portanto, que existiu um fracasso na empatia da relação mãe-bebê e que foi vivido por Angel como intrusão. Essa intrusão, conforme se aludiu anteriormente neste trabalho, é compreendida por Winnicott (2000) como resultado da percepção prematura e traumática pelo bebê de algo do ambiente e que é percebido como uma ameaça à sua existência, interrompendo assim a “continuidade do ser”. Desse modo, o processo de maturação do ego pode ocorrer de forma distorcida, resultando não só em dificuldades para soluções de tarefas impostas ao desenvolvimento (brincar, estudar), como também em manifestações de sintomas psicóticos.

Sua única companhia inseparável era uma almofada. Na psicose, os pacientes costumam se fixar em um objeto. No caso da paciente em questão, em

um primeiro momento, pressupõe-se que a sua almofada exerceria a função de objeto transicional. Esse objeto era um confortador, no entanto, não possuía a real qualidade de um objeto transicional, com a capacidade de gerar trânsito. Percebia que Angel estava, então, mais fixada a esse objeto do que fazendo uso de um objeto transicional. O objeto transicional seria a primeira experiência de processo, de devir, de trânsito da dependência absoluta rumo à independência. Estaria ligado ao surgimento das primeiras experiências não eu e aos símbolos. No entanto, parece que Angel nunca viveu um processo de individualização. Elegeu um local no C.C. para passar a maioria do seu tempo: um sofá no qual não permitia a ninguém se sentar.

Além disso, percebia a incapacidade de Angel de participar criativamente das atividades e de brincar. Para Winnicott (1975), é no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral. E é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (*self*). Relacionado a isso, tem-se o fato de que somente no brincar é possível se fazer a comunicação, exceto a comunicação direta, que pertence à psicopatologia ou a um extremo de imaturidade.

Na visão de Winnicott (1975), a psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não faz possível, o trabalho do terapeuta é direcionado então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que é. E o autor vai além: finalmente, a psicanálise foi desenvolvida como uma forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação que se faz consigo mesmo e com os outros.

Segundo Emmanuelli (2008, p. 18), “se tudo se prepara na infância, tudo se dá na adolescência”. Assim, com o advento do pubertário, o sujeito revive os imagos infantis e necessita de toda a base narcísica constituída em tenra idade para fazer os remanejamentos exigidos nessa nova fase do desenvolvimento. Supõe-se que Angel, ao regredir aos estágios iniciais do desenvolvimento, na tentativa de restabelecer relações que dissessem de si mesma, tenha se deparado com todo o desamparo vivido e com a ameaça de desintegração experimentada.

Angel apresentava-se regredida aos estágios iniciais, mantendo-se ainda na desintegração e no desamparo, pois não encontrava o apoio ambiental necessário. A necessidade constante de ajuda para executar as suas atividades

básicas revelava o desamparo sentido por Angel, fruto de uma possível falha ambiental, o que fazia com que ela não percebesse o ambiente capaz de lhe oferecer o “*holding*” necessário. Regredia, por meio do sintoma, na tentativa de reestabelecer com o ambiente relações que dissessem de si mesma, voltando-se ao modo de dependência primitiva e refugiando-se também na fantasia para suportar a sua condição e o seu sentimento de não existência.

A escuta das queixas da paciente em relação à sua mãe revelam que, embora Angel tivesse o desejo de ser ativa, parecia não haver libido suficiente para enfrentar e resolver situações, delegando ao externo essa função, daí a grande necessidade de ajuda para execução das suas atividades básicas.

Entende-se que, devido ao fato de Angel ser portadora da Síndrome de *Down* e pela infantilização mantida pela sua mãe, não tenha havido o necessário investimento objetal nem a castração narcísica exigida na adolescência para que se efetuassem um reajustamento da imagem do corpo, cujos limites são postos em risco com as transformações corporais pubertárias (EMMANUELI, 2008).

Ressalte-se que a família de Angel, especialmente sua mãe, reforçava tal condição, mantendo-a na posição infantilizada por meio de cuidados excessivos, o que se observa pelo comportamento da mãe e dos avôs maternos, que a mantinha sob forte proteção e dependência, dificultando a sua passagem da puberdade rumo à autonomia e mantendo-a em um comportamento infantilizado e dependente.

Durante o tratamento da criança, o analista toca justamente naquilo que existia como germe patogênico antes mesmo do nascimento da criança. Mudando a relação do sujeito com o mundo, o analista pode propiciar um choque contra os adultos que, por suas próprias dificuldades, criaram na criança esse tipo de relação perturbada. É preciso que os adultos possam aceitar a cura daquela que, pela sua doença, veda a ferida dos pais (MANNONI, 1999).

CONCLUSÃO

O objetivo deste trabalho foi discutir o surgimento de sintomas psicóticos na adolescência, tendo por base a Teoria do Amadurecimento de Winnicott, com vistas à compreensão do referido fenômeno e, assim, contribuir para reflexões quanto ao papel do analista nessa relação terapêutica.

Pressupõe-se que houve: (i) a ausência de uma mãe suficientemente boa; (ii) a existência de um ambiente falho incapaz de lhe oferecer um “*holding*”; (iii) a necessidade de criação de um falso *self* para evitar a aniquilação de si mesma; e (iv) a ocorrência de problemas com a articulação do eixo narcísico e do eixo objetal, que costumam ser observados nos casos de psicose.

O processo terapêutico permitiu à paciente um pouco mais de independência, porém ela ainda apresenta dificuldade de participar das atividades sugeridas nos espaços do Centro de Convivência oferecidos nos horários nos quais ela está presente no hospital-dia, além de ainda apresentar dificuldade de relacionamento com os demais pacientes desse espaço, passando a maior parte do tempo deitada em um sofá, na companhia do seu inseparável travesseiro. No horário de almoço, mantém-se isolada dos demais pacientes, optando por almoçar no subsolo para não dividir seu espaço com nenhum paciente.

Espera-se que esta pesquisa possa ter contribuído para ampliar a compreensão da relação mãe-bebê e da sua reedição na adolescência, quando se trata de síndromes psicóticas, contribuindo para a clínica de adolescentes. Vale ressaltar, no entanto, que, por se tratar de um estudo de caso, as conclusões obtidas no presente trabalho não podem ser generalizadas e que o período de tempo disponível para o acompanhamento da paciente se revelou uma restrição ao trabalho. Em razão das limitações próprias de um estudo de caso, sugere-se que pesquisas futuras sobre o tema sejam realizadas com o envolvimento de um maior número de sujeitos.

REFERÊNCIAS

- ABRAM, J. **A Linguagem de Winnicott**. Rio de Janeiro. Ed. Revinter Ltda., 2000.
- AMPARO, D. M.; BRASIL, K. T. R.; WOLFF, L. S. Adolescência e Psicose: Traumatismo e Violência do Pubertário. **Revista Internamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology**, v. 44, n. 3, p.411-418, 2010.
- ANDRADE, M.G. **Estudo de Caso Estratégia de Pesquisa**. 2ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- ANDRADE, H.W.M. **Estado-limite: o sonho da loucura**. Circuito Psicanalítico. Rio Grande do Sul. 2012. Disponível em: < <http://www.cbp.org.br/artigo12.htm>>. Acesso em 10 jun. 2012.
- ARRUDA, S. L. S; ANFRIETO, E. **Mães psicóticas e seus bebês: uma leitura winnicottiana**. 2009. Disponível em: < <http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>>. Acesso em: 20 maio 2012.
- ALVAREZ, A. **Companhia viva: Psicoterapia psicanalítica com crianças autísticas, borderline, carentes e maltratadas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- BION, W. (1962). **O aprender com a experiencia**. Paulo Dias Correa (Trad.). Jayme Salomão (Dir.). Rio de Janeiro: Imago, 1991.
- BOWLBY, J. **Uma Base Segura – Aplicações Clínicas da Teoria do Apego**. Porto Alegre: Artes Médica, 1989.
- CARDOSO, M.R. Recuso ao ato na adolescência: uma reação subjetiva negativa? 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982011000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jun. 2012.
- COELHO, N. E. J; BARONE, K.C. A importância da teoria de Winnicott sobre a comunicação para a construção do significado ético da psicanálise. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 41, n. 3, p. 88-100, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2007000300009. Acesso em: 08 jun. 2017.
- EMMANUELLI, M. A clínica da adolescência. In: CARDOSO, M.R. MARTY, F. (org.). **Destinos da adolescência**. p. 17 a 38. Rio de Janeiro: 7 letras, 2008.
- FORLENZA NETO, Orestes. Condições traumáticas na relação mãe-bebê. 2004. Disponível em: < <http://www.centrowinnicott.com.br/saopaulo/uploads/c93f7194-2fef-e6fe.pdf> >. Acesso em: 09 jun. 2012.
- FROTA, M. A. A reinstalação do si-mesmo: uma compreensão fenomenológica da adolescência à luz da teoria do amadurecimento de Winnicott. **Arquivos brasileiros de Psicologia**, v. 58, n. 2, p. 51-66, 2006. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809->

52672006000200006&script=sci_arttext > Acesso em 09 jun.2012

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de janeiro: Record,1997.

HISADA S. Aspectos do setting em Winnicott. In: OUTEIRAL J., HISADA S., GABRIADES, R. (Org). **Winnicott: Seminários Paulistas**. P.119 a 125. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

HISADA, S. **Clínica do Setting em Winnicott**. Rio de janeiro: Revinter, 2002.

HOCINI, F. Delírios e psicopatologia adolescente. In: CARDOSO, M.R. MARTY, F. (Org.). **Destinos da adolescência..** Rio de Janeiro: 7 letras, 2008, p. 163 a 179.

JERUSALINSKY, A Psicose e autismo na infância: uma questão de linguagem. **Psicose – Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, v. 9, n. 9, p. 62-73, 1993.

JORDÃO, A. B. Vínculos familiares na adolescência: nuances e vicissitudes na clínica psicanalítica com adolescentes. **Aletheia**. v. 27, n. 1, p.157-172. Jan/Jun.2006.

LAPASTINI, M. A. B. Transiconalidade. In: OUTEIRAL J. , HISADA S., GABRIADES R. (Org). Winnicott: Seminários Paulistas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, P.361 a 371.

LAPLANCHE; PONTALIS, J.B. **Vocabulário da psicanálise**. Trad.: Pedro Tamen.São Paulo. Martins Fontes. 1992.

LOPARIC, Z. Édipo pós-Freud. Trabalho apresentado no I **Encontro do Grupo de Estudos de Psicanálise de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, SP, 1996.

LOPARIC, Z. Esboço do paradigma winnicottiano. 2002. Disponível em: <<http://www.centrowinnicott.com.br/downloads/loparic3.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2012.

LOPARIC, Z. **Winnicott: uma psicanálise não-edipiana**. 2006. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/percurso/main/pcs17/p17_14.htm>. Acesso em: 20 maio 2012.

MANNONI, M. **A criança retardada e a mãe**. Trad. por Maria Raquel Gomes Duarte. São Paulo: Martins Fontesr, 1999.

MOREIRA, L.M.A.; EL-HANI, C. N.; GUSMÃO, F.A.F. A Síndrome de *Down* e sua patogênese: considerações sobre o determinismo genético. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.22, n. 22, p. 96-99, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n2/a11v22n2.pdf> . Acesso em: 11/out./15

ROCHA, P.S. Algumas considerações sobre a constituição psíquica. **Revista Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 28, n. 61, p. 167-174 abr./jun. 2010.

SANTOS, M.A. A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 12, n. 3, 1999. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-79721999000300005&lng=e&tlng=e. Acesso em: 06 jun. 2017.

SILVA N. L. P; DESSEN, M. A. Síndrome de *Down*: etiologia, caracterização e impacto na família. **Interação em Psicologia**, v. 6, n. 2, 2002. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/viewFile/3304/2648>- Acesso em: 11 out. 2015.

TENENBOJM, E.; ROSSINI, S.; REIMÃO, R. **Insônia dos bebês**. 2011. Disponível em: < <http://psicologiaeeducacao.wordpress.com/2011/01/16/insonia-dos-bebes/> >. Acesso em: 09. Jun. 2012.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2003.

VARELLA, D. **Síndrome de Down**. 2012. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/crianca-2/sindrome-de-down-2/>. Acesso em: 11 out.2015.

WINNICOTT, Clare. Idéias e Definições. In: Winnicott, D. W.; Winnicott, Clare, Ray Shepherd & Madeleine Davis. **Explorações Psicanalíticas**; Trad. por José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed, 1994.

WINNICOTT, Clare. A Experiência Mãe-Bebê de Mutualidade. In: Winnicott, D. W.; Winnicott, Clare, Ray Shepherd & Madeleine Davis. **Explorações Psicanalíticas**; Trad. por José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed, 1994.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Trad. por Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Sulina, 1983.

WINNICOTT, D. W. (1951) Objetos Transicionais e fenômenos transicionais. In: **Da Pediatria a Psicanálise – Obras Escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. A preocupação materna primária. In: **Da Pediatria a Psicanálise – Obras Escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 24, p. 399-405. Obra original publicada em 1956.

WINNICOTT, D. W. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed Editora, 1983, cap. 07, p. 79-87. Obra original publicada em 1963.

WINNICOTT, D. W. Desenvolvimento emocional primitivo. In: **Da Pediatria a Psicanálise – obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap.12, p. 218-232. Obra original publicada em 1945.

WINNICOTT, D. W. (1951) Preocupação materna primária. In: **Da Pediatria a Psicanálise** – Obras Escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. **O Brincar & a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. 1896-1971 – O conceito de indivíduo saudável. In: Winnicott, D. W. **Tudo começa em casa**; tradução Paulo Sandler – 5ª Ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011. – (textos de psicologia).

WINNICOTT, D. W. 1896-1971 – A contribuição da mãe para a sociedade. In: Winnicott, D. W. **Tudo começa em casa**; tradução Paulo Sandler – 5ª Ed. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011. – (textos de psicologia).

ZAVARONI, D. M. L., VIANA, T. C. **Trauma e Infância: Considerações sobre a Vivência de Situações Potencialmente Traumáticas**. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-37722015000300331&lng=e&tlng=e. Acesso em 06 jun.2017.

ZORNIG, S. A.J; LEVY, L. **Uma criança em busca de uma janela: função materna e trauma**.2006. Disponível em: http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282006000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 jun.2012.